

JKK, Volume 5, No 1, Januari 2018: 38-48
p-ISSN 2406-7431; e-ISSN 2614-0411

Studi kualitatif implementasi advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial dalam pengendalian tuberkulosis paru di Kabupaten Musi Rawas Utara tahun 2016

Theta Elba Moulina¹, Yuwono², Ridhah Taqwa

Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya,
Gedung dr.A.I.Muthalib, MPH Kampus Unsri Indralaya, Ogan Ilir 30662, Sumatera Selatan, Indonesia
theta_elba.moulina@yahoo.com

Abstrak

Penanggulangan TB Paru merupakan tanggungjawab seluruh elemen antara lain pemerintah, petugas kesehatan dan masyarakat. AKMS TB merupakan program pengendalian TB yang mengupayakan dukungan dari Pemerintah, perlunya keterampilan komunikasi petugas kesehatan dan melibatkan masyarakat atau lintas sektoral dalam pengendalian TB. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial (AKMS) dalam pengendalian Tuberkulosis Paru di Kabupaten Musi Rawas Utara Tahun 2016. Jenis penelitian adalah penelitian analitik deskriptif dengan pendekatan kualitatif interaktif. Teknik pengumpulan data dengan wawancara mendalam terhadap 15 (limabelas) informan, diskusi kelompok terarah, observasi, pemeriksaan dokumen, dan studi kepustakaan. Sampel sumber data dipilih secara *purposive sampling*. Teknik analisis berupa reduksi data, penyajian data dan verifikasi data. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi advokasi dan pelaksanaan strategi komunikasi belum terlaksana sesuai pedoman AKMS seperti belum adanya advokasi kepada pemangku kebijakan, pengembangan media promosi, kampanye Tuberkulosis melalui media massa baik cetak maupun elektronik, dan belum dilaksanakan pelatihan konseling serta komunikasi interpersonal bagi petugas kesehatan. Mobilisasi sosial di tingkat Dinas Kesehatan dan Puskesmas belum dilaksanakan seperti belum ada pedoman mobilisasi sosial pengendalian Tuberkulosis dan perumusan kebijakan yang mendukung implementasi integrasi layanan yang terintegrasi dengan UKBM, belum melibatkan komunitas khusus dan LSM dan belum dilaksanakan sosialisasi piagam hak dan kewajiban pasien TB. Rendahnya pengetahuan petugas kesehatan tentang program AKMS TB menjadi penyebab program AKMS belum dilaksanakan. Perlunya segera dilakukan pelatihan tentang Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial kepada Wasor TB, Kepala Puskesmas, pemegang program Tuberkulosis.

Kata kunci : AKMS, Tuberkulosis, Penanggulangan TB

Abstract

Pulmonary TB control was the responsibility of all elements such as government, health care workers and the community. AKMS TB is TB control program that seeking support from the government, the need for communication skills of health workers and involve the community or cross-sectoral in TB control. The purpose of this study was to analyze the implementation of the Advocacy, Communication and Social Mobilization (ACSM) in the control of Tuberculosis in North Musi Rawas District on Year 2016. This type of research was descriptive analytic research with interactive qualitative approach. Data collection techniques in-depth interviews with 15 (fifteen) informants, focus groups, observation, inspection of documents, and literature study. Sample data sources selected by purposive sampling. Analysis techniques in the form of data reduction, data presentation and verification of data. The results showed that the implementation of advocacy and implementation of communication strategies have not been implemented according to the AKMS guidelines as there is no advocacy to policy makers, the media campaign development, Tuberculosis campaigns through the mass media both print and electronic, and have not been implemented counseling and interpersonal communication training for health workers. Social mobilization at the Health Department and Community Health Center has not been implemented as there is no guidelines for social mobilization Tuberculosis control and formulation of policies that support the implementation of the integration of services integrated with UKBM, not involving special communities and NGOs and socialization have not implemented the charter of rights and obligations of TB patients. Lack of knowledge by health workers of AKMS TB program causes the AKMS TB program has not been implemented. The need for immediate training on Advocacy, Communication and Social Mobilization to defuty supervisor of Tuberculosis, Head of Puskesmas, holder Tuberculosis program.

Keywords: AKMS, Tuberculosis, Pulmonary TB control

1. Pendahuluan

Tuberkulosis sampai dengan saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di dunia walaupun upaya pengendalian dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-Course*) telah diterapkan di banyak negara sejak tahun 1995. Laporan WHO tahun 2013 terdapat 8,6 juta kasus TB tahun 2012 dimana 1,1 juta orang (13%) diantaranya adalah pasien TB dengan HIV positif¹⁶.

Indonesia berada pada ranking kelima negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Insidensi kasus TB BTA (+) diperkirakan sebesar 102 per 100.000 populasi dan Jumlah kematian akibat TB melebihi 90.000 kematian per tahunnya¹⁴. Prevalensi TB Paru di Propinsi Sumatera Selatan pada tahun 2012 adalah 77, menurun dibandingkan tahun 2011 yaitu 99. Kematian akibat TB Paru pada tahun 2012 adalah 77 kasus, meningkat dibandingkan tahun 2011 yaitu 33 kasus⁹.

Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas Utara TB Paru BTA (+) tahun 2014 Januari–Maret tercatat 37 orang, bulan April–Juni 43 orang, Juli–September 64 orang, dan bulan Oktober–Desember 65 orang. TB BTA (+) tahun 2015 Januari–Maret 82 orang dan April–Juni 2015 menjadi 94 orang. Terdapat peningkatan TB Paru BTA (+) di setiap triwulan dari tahun 2014 ke tahun 2015¹⁰.

Pengendalian TB memerlukan upaya terpadu dan sistematis untuk mendorong terjadinya dukungan dari berbagai aspek baik melalui advokasi kebijakan publik, strategi komunikasi untuk perubahan perilaku serta mobilisasi kekuatan elemen sosial kemasyarakatan. Upaya tersebut dikenal sebagai Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial (AKMS) Tuberkulosis¹⁷.

Advokasi diarahkan untuk menghasilkan kebijakan yang mendukung upaya pengendalian TB. Strategi ini melakukan pendekatan kepada pengambil keputusan, media massa dan sektor terkait sehingga dapat dikeluarkan pernyataan dukungan dan pendanaan dalam penyusunan perencanaan

anggaran. Dalam era desentralisasi, pembiayaan program kesehatan termasuk pengendalian TB bergantung pada pemerintah pusat dan daerah. Namun hal ini menjadi ancaman ketika pemerintah daerah tidak memprioritaskan masalah kesehatan termasuk TB dalam agenda pembangunannya¹⁷.

Strategi komunikasi dilakukan untuk meningkatkan keterampilan konseling dan komunikasi petugas maupun kader TB. Komunikasi merupakan upaya untuk menciptakan opini yang mendorong masyarakat dan petugas agar bersedia bersama-sama menanggulangi penularan TB¹⁷.

Mobilisasi sosial merupakan proses pemberian informasi secara terus menerus mengikuti perkembangan sasaran dan membantu sasaran sehingga memiliki pengetahuan, sikap dan mempraktikkan perilaku yang diharapkan. Pengendalian TB harus melakukan pendekatan yang lebih kreatif seperti melibatkan masyarakat lewat berbagai organisasi kemasyarakatan yang ada¹⁷.

Kabupaten Musi Rawas Utara merupakan Kabupaten yang baru dibentuk berdiri sejak tahun 2013. Infrastruktur kesehatan perlu perbaikan. Di pusat pelayanan kesehatan tak terlihat media promosi Tuberkulosis Paru. Akses jalan dan belum memadai dan Sumber Daya Manusia (SDM) masih terbatas. APBD fokus dialokasikan untuk pembangunan dan perbaikan infrastruktur¹.

Dinas Kesehatan telah melaksanakan strategi DOTS yang memutuskan rantai penularan TB dan menurunkan penemuan kasus TB. Namun Angka *case detection rate* (CDR) TB Paru tahun 2015 sebesar 100% melampaui target nasional yaitu 70%⁹. CDR menggambarkan tingginya penemuan pasien baru BTA positif²⁴. Strategi DOTS sangat tergantung komitmen politis dengan peningkatan pendanaan serta dukungan dari semua pihak seperti yang dijelaskan dalam program AKMS TB¹⁶. Oleh karena itu peneliti melakukan studi kualitatif tentang implementasi Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial (AKMS) dalam

pengendalian TB Paru di Kabupaten Musi Rawas Utara Tahun 2016.

Tujuan penelitian

Menganalisis implementasi Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial dalam pengendalian Tuberkulosis Paru di Kabupaten Musi Rawas Utara Tahun 2016.

Manfaat penelitian

1. Manfaat Teoritis

Memperkuat khasanah tentang implementasi AKMS dalam pengendalian TB Paru yang berguna bagi seluruh civitas akademika.

2. Manfaat Praktis

Memberikan pengetahuan dan sikap kepada petugas kesehatan dan masyarakat tentang pentingnya implementasi AKMS dalam pengendalian TB Paru.

2. Metode

Jenis penelitian ini menggunakan metode analitik deskriptif pendekatan kualitatif interaktif. Dilaksanakan di Dinas Kesehatan dan 5 (lima) unit Puskesmas pada Bulan Maret–Juli Tahun 2016. Sampel dipilih secara *purposive* sampling. Data primer didapatkan langsung melalui wawancara mendalam. Data sekunder dari dokumen tentang pengendalian TB Paru. Sumber data adalah Informasi Kunci (*Key Informan*) dan Dokumen.

Teknik Pengumpulan Data :

Wawancara mendalam (*in depth interview*)

Wawancara dilakukan kepada KADINKES Kabupaten Musi Rawas Utara, Kabid PMK, Kasi P2P, staff sekwan DPRD, Wasor TB , 5 (lima) Kepala Puskesmas, 5 (lima) pemegang program TB, dan tokoh masyarakat. Wawancara didokumentasikan dalam tulisan, photo, rekaman suara dan video.

Observasi

Peneliti melibatkan diri pada aktifitas implementasi AKMS dalam pengendalian TB.

Pemeriksaan Dokumen

Memeriksa catatan berbentuk tulisan, data atau photo dan dokumen.

Studi Kepustakaan

Menemukan teori dan bahan bacaan yang terkait pengendalian TB paru.

Focus Group Discussion (FGD)

Diskusi dengan masyarakat antara lain Ketua Karang Taruna dan beberapa perangkat desa. FGD dilakukan di Desa Karang Anyar Kecamatan Muara Rupit.

Teknis Analisis Data:

Reduksi, Penyajian, Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi data.

3. Hasil

Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas Utara

Dinas Kesehatan terletak di Jalan Lintas Sumatera KM 75 Kelurahan Muara Rupit Kecamatan Muara Rupit membawahi 8 (delapan) Puskesmas.

Tabel 1. Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas Utara

| Nama Puskesmas | Wilayah Kerja | Kepala PKM |
|----------------|-----------------|------------------|
| Rupit | Kec Muara Rupit | Leni M, SKM |
| Karang Jaya | Kec K. Jaya | A. Haris Harahap |
| Karang Dapo | Kec K. Dapo | Devi Erawati |
| Bingin Teluk | Kec Rawas Ilir | Pirdaus |
| Surulangun | Kec Rawas Ulu | Susi W, Am. Keb |
| Muara Kulam | Kec Ulu Rawas | A. Saberi |
| Nibung | Kec Nibung | Risuludin, SKM |
| Pauh | Kec Rawas Ilir | Ibnu Kaster |

Tabel 2. Jumlah kasus TB BTA (+) di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas Utara

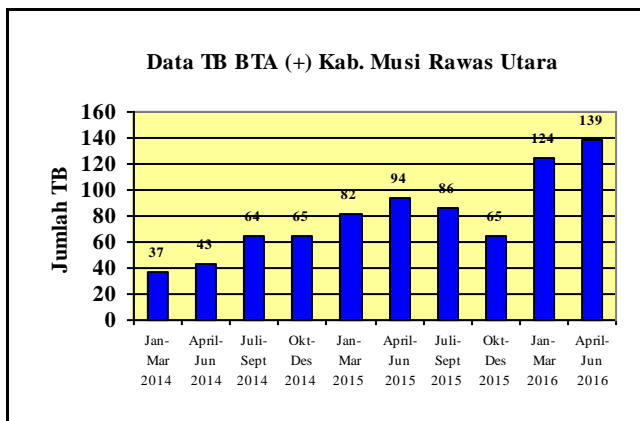
| | Jan-Ma 2014 | Ap-Jun 2014 | Jul-Sept 2014 | Okt-Des 2014 | Jan-Mar 2015 |
|-----------------|----------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| Rupit | 8 | 16 | 19 | 17 | 39 |
| K. Jaya | 24 | 18 | 13 | 12 | 16 |
| K.Dapo | 6 | 6 | 8 | 15 | 12 |
| Bingin Teluk | - | - | 3 | 7 | 5 |
| Surulan gun | 2 | - | 16 | 8 | 8 |

| | | | | | |
|-------------|----|----|----|----|----|
| Muara Kulam | - | - | - | - | - |
| Nibung | 6 | 3 | 5 | 6 | 2 |
| Pauh | - | - | - | - | - |
| Total | 37 | 43 | 64 | 65 | 82 |

Tabel 3. Jumlah kasus TB BTA (+) di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas Utara

| | Ap-Jun 2015 | Jul-Sept 2015 | Okt-Des 2015 | Jan-Mar 2016 | Ap-Jun 2016 |
|-------------|-------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| Rupit | 29 | 33 | 17 | 38 | 32 |
| K.Jaya | 20 | 22 | 12 | 13 | 12 |
| K.Dapo | 16 | 19 | 15 | 18 | 25 |
| B.Teluk | 9 | - | 7 | 7 | 6 |
| Surulangun | 15 | 5 | 8 | 38 | 42 |
| Muara Kulam | - | - | - | - | 3 |
| Nibung | 5 | 7 | 6 | - | 10 |
| Pauh | - | - | - | 10 | 9 |
| Total | 94 | 86 | 65 | 124 | 139 |

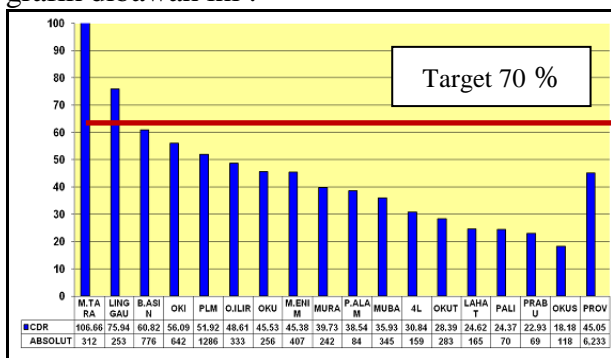
Sumber: Profil DinKes Kab. Musi Rawas Utara 2015-2016



Gambar 1. Grafik Angka kasus TB BTA Positif (+) Kab. Musi Rawas Utara

Sumber: Profil DinKes Kab. Musi Rawas Utara 2015-2016

TB Paru BTA (+) ada peningkatan di setiap triwulan dari tahun 2014 ke tahun 2015. *Case Detection Rate* (CDR) dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Gambar 2.4 Case Detection Rate (CDR) per Kab/Kota Prop. Sumsel Tahun 2015

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Propinsi, 2016

Dari grafik Kabupaten Musi Rawas Utara memiliki angka CDR tertinggi di Propinsi Sumatera Selatan.

Tabel 4. Daftar Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) di Kabupaten Musi Rawas Utara.

| Nama LSM | Alamat |
|---|---|
| GERAKAN MASYARAKAT PEDULI NIBUNG (GNMPN) | Kec. Nibung Kab. Musi Rawas Utara |
| ORGANISASI TRANSPORT MANDI ANGIN | Desa Mandi Angin Kec. Rawas Ilir |
| LSM DETAK (DEKORASI TEGAKKAN KEADILAN) | Jl. Negara Lama no 24 Desa Maur Baru Kec. Muara Rupit |
| LMR-RASTA | Desa Pangkalan Kec. Rawas Ulu |
| LSM LIDIK | Desa Lubuk Kemang Kec. Rawas Ulu |
| LSM DURI – TIMURA | Jln. Objek Wisata Danau Raya Sungai Jernih Kec. Muara Rupit |
| LSM-LP21 TIPIKOR | Wilayah madang RT 01 RW 01 Kel. Muara Rupit |
| LSM INFORMASI PUBLIK | Desa Rantau Jaya Kec. Karang Jaya |
| LSM PENGAWASAN PEMBANGUNAN DAN BANTUAN HUKUM | Desa Karang Waru Kec. Muara Rupit |
| LSM FORUM RAKYAT PEDULI KEJUJURAN | Jln. Bukit Kecil Pasar Atas Kec. Surulangun |
| ORGANISASI SOSIAL KEMASYARAKATAN AS BATU GAJA (ABG) | Desa Batu Gaja Baru Kec. Muara Rupit |
| LSM PEDULI LINGKUNGAN | Jln. Lintas Sumatera KM 75 Kec. Muara Rupit |
| ORMAS FM-RIBER | Komplek Pertokoan Pasar No 03 Desa Beringin Makmur II |
| FORUM MASYARAKAT YAYASAN SERMAI RIZKI INDONESIA | Jln. Bingin Teluk No 422 RT 011 Kec. Muara Rupit |
| FORUM MASYARAKAT KERUKUNAN UMAT BERAGAMA | Muara Rupit |
| FKTKSK | Jln. Depati Kecil No 404 RT 02 RW 01 Kec. Muara Rupit |

Sumber : Badan KESBANGPOL Kab. Musi Rawas Utara Tahun 2016

Tabel 5. Karakteristik Informan Berdasarkan Umur dan Pendidikan

| Informan | Umur | Pendidikan |
|------------------------|----------|------------|
| Kepala Dinas Kesehatan | 52 Tahun | S2 |
| Kabid PMK | 53 Tahun | S1 |

| | | |
|-------------------------|----------|-----------------------|
| Kasi P2P | 53 Tahun | Prakarya |
| Wasor TB | 25 Tahun | DIII Kep |
| Staff Sekwan DPRD | 30 Tahun | S1 |
| Kepala PKM Rupit | 34 Tahun | S1 |
| Kepala PKM K. Jaya | 53 Tahun | SPK |
| Kepala PKM K. Dapo | 45 Tahun | DI Keb |
| Kepala PKM Bingin Teluk | 51 Tahun | SPK |
| Kepala PKM Surulangun | 49 Tahun | DIII Keb |
| Pemegang Prog TB 1 | 32 Tahun | DIII Kep |
| Pemegang Prog TB 2 | 23 Tahun | DIII Kep |
| Pemegang Prog TB 3 | 35 Tahun | DIII Analis Kesehatan |
| Pemegang Prog TB 4 | 39 Tahun | DIII Analis Kesehatan |
| Pemegang Prog TB 5 | 32 Tahun | SKM |
| Tokoh Masyarakat | 58 Tahun | SD |

Tabel 6. Karakteristik Informan Peserta FGD

| Informan | Umur | Pendidikan terakhir |
|----------|----------|---------------------|
| F1 | 58 Tahun | SD |
| F2 | 40 Tahun | SD |
| F3 | 52 Tahun | SD |
| F4 | 38 Tahun | SMP |
| F5 | 36 Tahun | SMP |

Tabel 7. Implementasi AKMS dalam pengendalian TB Kabupaten Musi Rawas Utara

| Aspek penelitian | Hasil penelitian |
|--------------------------|---|
| Kebijakan | Wawancara mendalam : Kebijakan berupa penjangkaran, penegakan diagnosa dan pengobatan DOTS. Kebijakan adanya pendamping desa masih sebatas perencanaan. |
| Media advokasi kit TB | Wawancara mendalam : Media advokasi Kit belum ada. Petugas tidak memahami dan mendengar tentang adanya media advokasi kit |
| Modul pelatihan advokasi | Wawancara mendalam : Modul dan pelatihan advokasi tidak ada, petugas tidak pernah mendapatkan dan mendengar adanya pelatihan advokasi TB, dana terbatas |

| | |
|--|---|
| Advokasi ke media massa | Wawancara mendalam : Dinkes telah terbuka dengan media massa untuk memberikan data penyakit, namun advokasi yang sesungguhnya belum dilakukan, petugas belum memahami pentingnya advokasi ke media massa. |
| Advokasi untuk mendapatkan dana dana | Wawancara mendalam : Sumber dana berasal dari Global fund, menggunakan dana BOK, dukungan pemkab untuk keberlangsungan prog TB perlu. Kerjasama dengan swasta belum dilakukan secara terencana dan terprogram. Dokumen : Sumber website Kabupaten Muratara bahwa APBD difokuskan untuk pembangunan Jalan, Listrik dan air bersih. |
| Jadwal workshop media, pers briefing dan jumpa pers | Wawancara mendalam : Tidak ada jadwal workshop media, pers briefing dan jumpa pers tentang TB Paru. Pernah diadakan tetapi tentang bahaya merokok. Media cetak maupun elektronik lokal belum ada. |
| Media promosi pengendalian TB, kampanye TB | Wawancara mendalam : Media promosi pengendalian TB seperti brosur, spanduk, leaflet tidak ada, kampanye TB melalui media massa belum dilakukan, penyuluhan satu-satunya yang paling efektif. Masyarakat masih memahami TB adalah penyakit keturunan, karena narkoba dan keracunan. |
| Forum Gerdunas TB | Wawancara mendalam : Tidak ada forum komunikasi untuk semua lintas sektoral |
| Modul dan pelatihan konseling dan komunikasi interpersonal | Wawancara mendalam : Tidak ada modul dan pelatihan konseling dan komunikasi interpersonal bagi petugas kesehatan. Pernah dilakukan pelatihan TB tetapi bersifat umum |
| Pedoman mobilisasi sosial pengendalian TB | Wawancara mendalam : Pedoman mobilisasi sosial tidak ada, petugas kesehatan tidak mengetahui pedoman tersebut |
| Pedoman pelaksanaan pos TB desa | Wawancara mendalam : Pos TB desa belum dilaksanakan, Kader desa yang ada saat ini hanyalah kader posyandu. |

| | |
|---|--|
| Melibatkan LSM dan memobilisasi masyarakat | Wawancara mendalam : LSM dan masyarakat belum dilibatkan dalam upaya pengendalian TB. |
| SDM | Wawancara mendalam : SDM masih kurang sebagai contoh di Puskesmas Bidan menjadi peracik obat disebabkan kekurangan petugas di bagian apotek. |
| Sosialisasi piagam hak dan kewajiban pasien | Wawancara mendalam : Petugas bahkan belum pernah mendengar adanya hak dan kewajiban pasien TB |

4. Pembahasan

Advokasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa advokasi kepada para pemangku kebijakan dalam pengendalian TB paru tidak dilaksanakan secara optimal. Kebijakan pengendalian TB menggunakan strategi penjangkaran, penegakan diagnosa dan pengobatan DOTS. Strategi DOTS memutuskan rantai penularan dan dengan demikian menurunkan penemuan kasus TB¹⁶. Angka *Case Detection Rate* (CDR) Kabupaten Musi Rawas Utara terhadap TB Paru tahun 2015 sebesar 100% yang tertinggi di Propinsi Sumatera Selatan melampaui dari target nasional yaitu 70%⁷. CDR menggambarkan tingginya penemuan pasien baru BTA positif. Penemuan penderita TB paru dilakukan secara pasif dengan promosi aktif (*passive promotive case finding*)^{20,24}. Menurut peneliti CDR yang tinggi tidak dapat menjadi tolak ukur bahwa pemangku kebijakan telah maksimal dalam memberikan dukungan politis dan dana sehingga penemuan kasus TB berhasil. Melainkan harus dikaji ulang bahwa CDR yang tinggi menandakan masih banyak pasien TB, berpotensi menularkan kepada orang lain. Pertanyaannya adalah dimana peran DOTS sebagai strategi untuk memutus mata rantai penularan dan pada akhirnya penemuan kasus TB berkurang. Program DOTS sedemikian baik tetapi apabila tidak didukung dengan komitmen politis, pendanaan, Sumber Daya Manusia (SDM) serta dukungan dari semua

pihak seperti yang telah dijelaskan dalam program AKMS TB maka DOTS tidak mampu memutus mata rantai penularan TB paru¹⁷.

Kondisi struktur pemerintahan yang baru dibentuk terkadang koordinasi antar instansi secara linear dan vertikal untuk membahas dan membentuk kebijakan belum sepenuhnya terlaksana dengan baik. Sebagian besar fokus kerja masih dalam konsolidasi dan internalisasi di instansinya masing-masing. Hal inilah dapat menyebabkan advokasi kepada pemangku kebijakan untuk membahas dan membentuk kebijakan dalam pengendalian TB paru belum terlaksana secara optimal. Namun demikian hal ini tidak dapat menjadi alasan tidak dilaksanakannya advokasi karena masalah TB di Kabupaten Musi Rawas Utara juga merupakan masalah penting yang harus segera diatasi. Sebagian pimpinan dan petugas pemegang program TB mempunyai latar belakang pendidikan yang tidak sesuai, kualitas pengetahuan dan pemahaman program AKMS masih kurang mengakibatkan tidak ada program advokasi kepada pemangku kebijakan.

Data TB belum begitu lengkap, beberapa puskesmas tidak memiliki data TB. Data tidak lengkap mengakibatkan kesulitan dalam meyakinkan pemangku kebijakan untuk mengeluarkan anggaran dana. Anggaran dana daerah untuk penanggulangan TB masih sedikit. Dana General Fund (GF) telah berhenti dan dihapuskan sejak Januari 2016. Dana BOK di Puskesmas untuk operasional dan manajemen tidak fokus untuk pengendalian TB, tetapi juga untuk pelayanan kesehatan lainnya terutama promotif dan preventif. PerMenKes RI no 11 tahun 2015 tentang petunjuk teknis dana BOK Puskesmas tidak boleh dimanfaatkan untuk upaya kuratif dan rehabilitatif, gaji, uang lembur, insentif, pemeliharaan gedung, pemeliharaan kendaraan, biaya listrik, telepon, biaya air, pengadaan obat, vaksin, reagensia, alat kesehatan, dan biaya transportasi rujukan pasien¹⁸.

Alokasi APBD terbatas untuk kepentingan pembangunan infrastruktur. Sehingga peneliti

berpendapat bahwa hal tersebut mengakibatkan sedikitnya alokasi untuk operasional penanggulangan TB. Perlu dilakukan peningkatan kemampuan pengelola program dalam menyusun perencanaan anggaran dan menyiapkan data yang lengkap sebagai dasar advokasi agar APBD memberikan bagian yang cukup besar untuk program TB di Kabupaten Musi Rawas Utara. Hasil penelitian ini juga sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Hary Budiman tahun 2011 di Kota Padang bahwa pelaksanaan advokasi dan sosialisasi program pengendalian TB belum maksimal dilaksanakan disebabkan karena kurangnya dukungan alokasi dana oleh pemerintah⁷.

Dinas Kesehatan terbuka dalam memberikan informasi tentang kejadian penyakit TB atau masalah penyakit lainnya. Hal ini akan memulai terlaksananya advokasi kepada media massa. Saat ini pemanfaatan media elektronik maupun media cetak dalam sosialisasi pengendalian TB belum dilaksanakan. Media elektronik lokal seperti radio atau TV maupun media cetak lokal belum ada di Kabupaten Musi Rawas Utara. Advokasi kepada media menjadikan program TB masuk sebagai agenda pemberitaan diantaranya berupa workshop media untuk TB. Pentingnya kerjasama dengan media cetak dan elektronik sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Pakistan tahun 2013 oleh Tahir Turk, Fiona J Newton, Joshua D Netwon, Farah Naureen dan Jodah Bokhari bahwa perlunya ACSM TB di masa depan dengan memanfaatkan saluran media yang disukai akan memiliki efek aditif terhadap pengetahuan kesehatan²⁶.

Komunikasi

Penyuluhan atau pemberian informasi secara langsung melalui Puskesmas, Polindes dan Pustu merupakan satu-satunya cara komunikasi yang paling efektif untuk saat ini di Kabupaten Musi Rawas Utara. Hal ini disebabkan belum terdapat media cetak seperti leaflet, baliho atau spanduk tentang TB. Paradigma yang berkembang bahwa TB paru merupakan penyakit yang diturunkan, karena

narkoba, meminum racun dan penyakit yang memalukan. Akibatnya penderita TB tidak ingin penyakitnya diketahui dan dilakukan pengobatan. Dalam penelitian yang dilakukan Kadir (2010) bahwa komunikasi dalam penyuluhan berperan terhadap pengetahuan masyarakat akan penanggulangan penyakit Tuberkulosis di Kecamatan Suppa Kabupaten Pinrang¹⁴.

CDR TB paru melebihi target nasional bukan berarti penyuluhan, penyebarluasan informasi, keterampilan komunikasi dan konseling petugas kesehatan telah baik sehingga pasien baru kasus TB BTA (+) banyak ditemukan. Tetapi hal ini menimbulkan pertanyaan bagaimana proses penemuan kasus baru tersebut sehingga mendapatkan CDR yang tinggi. Apakah memang CDR yang tinggi disebabkan petugas sudah memiliki keterampilan komunikasi dan konseling atau tanpa sengaja ditemukan saat berobat ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) sehingga perlu kajian lebih lanjut mengenai angka CDR tersebut sesuai penelitian Awusi dkk bahwa Faktor yang berpengaruh dengan penemuan penderita TB paru adalah penjarangan suspek TB, pelayanan KIE TB dan pelatihan DOTS. Faktor dominan yang paling berpengaruh terhadap penemuan penderita Tb Paru di kota Palu adalah penjarangan suspek TB²⁴.

Dinas Kesehatan belum melaksanakan pengembangan media seperti leaflet, baliho atau spanduk disebabkan oleh rendahnya alokasi dana dan banyaknya masalah lainnya yang juga perlu didanai. Hasil penelitian yang diperoleh di Kabupaten Musi Rawas Utara tidak sejalan dengan hasil penelitian Aprilia (2012) bahwa pelaksanaan penyuluhan TB dapat dilaksanakan dengan berbagai cara, misalnya penyuluhan kelompok (kelompok penderita atau bersama keluarga penderita/ PMO), menempelkan poster atau memberikan media cetak lainnya. Memperdengarkan pesan pesan singkat tentang TB melalui *tape recorder/* kaset, pemutaran film/ video, membuat majalah dinding dan sebagainya⁵.

Penyuluhan yang berkualitas diperlukan pelatihan untuk petugas kesehatan terutama pelatihan komunikasi interpersonal sesuai perkembangan program pengendalian TB, serta mengembangkan modul pelatihan konseling untuk mendukung pelayanan TBMDR dan TB-HIV¹⁷. Pelatihan khusus AKMS TB belum pernah dilaksanakan disebabkan oleh keterbatasan dana begitu juga melaksanakan kampanye TB tidak dilaksanakan disebabkan minimnya pemahaman petugas tentang manfaat kampanye TB dan keterbatasan dana.

Apabila masalah anggaran menjadi alasan maka menurut peneliti kemitraan di luar pemerintah merupakan kekuatan yang besar yang dapat membantu pemerintah daerah. Perusahaan seperti PT Dendy Marker Indah Lestari dan PT Lonsum yang terdapat di Kabupaten Musi Rawas Utara dapat diajak kerjasama dalam bidang kesehatan terutama TB. Kontribusi perusahaan berupa membantu dana pada pemerintah daerah dalam pembuatan media cetak dan elektronik yang berisi penanggulangan TB sebagai alat untuk kampanye. Hal ini sebagai Tanggung jawab Sosial Perusahaan atau *Corporate Social Responsibility* (CSR). Kemitraan dengan perusahaan umumnya dilakukan dengan pelayanan bagi pasien TB di tempat kerja, bekerjasama dengan LSM lokal dan rumah sakit setempat dengan pembiayaan perusahaan. Penelitian ini belum sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Haq, Z; Khan, W; Seita, A tahun 2012 bahwa pendekatan inovatif yang dapat memainkan peran penting di negara-negara dengan populasi besar yang mencari perawatan kesehatan dari sektor swasta. Penelitian ini menyoroti kebutuhan untuk mengembangkan strategi komprehensif ACSM khusus untuk *Public Private Mix* (PPM)¹³.

Mobilisasi Sosial

Pedoman baku mobilisasi sosial dalam pelaksanaan AKMS TB belum ada. Hal ini disebabkan petugas memiliki pengetahuan dan pemahaman yang masih kurang tentang program mobilisasi sosial. Pedoman mobilisasi

sosial membuat seluruh individu akan bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktifitas guna mempertahankan kesehatannya¹⁷. Salah satu solusi untuk mengatasi hal ini yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten sebaiknya meminta buku pedoman kepada Dinkes Propinsi untuk masing-masing UPK minimal 1 buah buku.

Penanggulangan TB belum sampai pada menggerakkan semua lintas sektoral. Menurut pendapat peneliti hal ini disebabkan pemerintah fokus dalam permasalahan dan perbaikan kinerja internalnya. Koordinasi antar lintas sektoral dan masyarakat diperlukan sebuah forum yang mempunyai badan hukum yang jelas. Sesuai pedoman AKMS terdapat Gerakan Terpadu Nasional (GERDUNAS TB) yang merupakan forum kemitraan (*partnership forum*) untuk mempercepat penanggulangan TB¹⁷. Oleh karena itu sudah seharusnya Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas Utara dapat membentuk forum Gerdunas TB tingkat Kabupaten.

CDR TB melebihi target nasional bukan berarti masyarakat, LSM dan komunitas khusus telah diberdayakan sehingga kasus TB BTA (+) banyak ditemukan. Hasil penelitian diperoleh bahwa peran LSM dan komunitas khusus belum dilibatkan dalam penanggulangan TB paru. Sedangkan jumlah LSM yang ada di Kabupaten Musi Rawas Utara cukup banyak. Hal ini terjadi karena belum fokusnya program kerja dalam penanggulangan TB yang ada di Dinas Kesehatan, petugas belum memahami peran keterlibatan LSM dan komunitas khusus dalam penanggulangan TB. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriyah Amiruddin dkk Tahun 2012 bahwa peran LSM sangatlah signifikan dalam menyelesaikan DOTS⁶.

LSM berperan sebagai pendidik masyarakat dan mensosialisasikan piagam hak dan kewajiban pasien TB. LSM dapat mendorong perawatan berbasis komunitas (*community based care*)¹⁶. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Budiman (2011) di kota

Padang mengemukakan bahwa keterlibatan dan peran serta dari berbagai sektor menentukan keberhasilan pengendalian Tuberkulosis di Kota Padang⁷.

Pemerintah Kabupaten yang baru bukan menjadi alasan tidak adanya kerjasama dengan LSM. Pemberdayaan LSM dan masyarakat sebagai konsekuensi dari kurangnya SDM di Kabupaten Musi Rawas Utara. Penelitian Kamineni (2011) di Odisha, India menunjukkan bahwa kombinasi faktor keterlibatan LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), interface (yang menghubungkan pemerintah dengan LSM (NGO) dan organisasi lainnya yang terlibat ditambah dengan pelatihan peningkatan dan keterlibatan tenaga kesehatan garis depan dan kelompok masyarakat dan penyebaran sumber daya berbasis masyarakat, memberikan kontribusi untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang TB di kabupaten yang ditargetkan¹⁵.

LSM 'Aisyiyah sebagai lembaga sosial membantu Program Penanggulangan Tuberkulosis HIV (TB-HIV) berbasis masyarakat. Propinsi Sumatera Selatan terdapat 2 (dua) Kabupaten/Kota yang telah memiliki Community TB Care 'Aisyiyah yaitu Kabupaten Muara Enim dan Kota Palembang (<http://tbcareaisyiyah.org>)³. Menurut peneliti sebaiknya Pemerintah Kabupaten Musi Rawas Utara memberdayakan LSM di daerahnya dengan belajar pada LSM Aisyiyah.

Dalam penelitian ini poskesdes dan Pos TB desa belum dibentuk. Hal ini disebabkan mekanisme dan fungsi pembentukan poskesdes yang belum dipahami secara baik oleh petugas serta Sumber Daya Manusia yang terbatas. Poskesdes adalah upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan atau menyediakan pelayanan kesehatan dasar masyarakat desa²¹.

Sosialisasi piagam hak dan kewajiban pasien TB yang melibatkan LSM dan masyarakat belum dilaksanakan. Penyebabnya adalah petugas belum mengetahui dan mendengar adanya program piagam hak dan

kewajiban. Pemahaman dan pelaksanaan isi piagam hak dan kewajiban pasien TB akan membantu pemberdayaan pasien dan masyarakat serta membangun terjalinnya hubungan menguntungkan antara pasien dan masyarakat dengan petugas kesehatan, piagam tersebut disusun mengacu pada Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran²⁹.

5. Kesimpulan dan saran

1. Pelaksanaan advokasi yang mendukung program DOTS tidak dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan maupun Puskesmas. DOTS telah dilaksanakan faktanya angka CDR tinggi. Penyebab mendasar bahwa Pimpinan sampai pemegang program TB memiliki pemahaman yang kurang tentang program advokasi. Pengendalian TB seperti penjarangan, penegakan diagnosa dan pengobatan DOTS kurang didukung dengan advokasi. Pendanaan tergantung pada bantuan Global Fund dan BOK, tidak terdapat media avokasi kit dan advokasi ke media massa dalam belum dilakukan.
2. Penyuluhan langsung satu-satunya komunikasi paling efektif dan strategi komunikasi belum sesuai RAN AKMS. Media promosi dan kampanye TB melalui media massa belum terlaksana, pelatihan konseling dan komunikasi interpersonal bagi petugas kesehatan juga belum dilaksanakan. CDR melebihi target nasional bukan berarti strategi komunikasi telah berjalan dengan baik. Kendala yang paling utama adalah masalah dana dan pengetahuan petugas yang masih kurang untuk melaksanakan program tersebut. APBD diutamakan untuk pembangunan infrastruktur gedung, jalan, air dan listrik. Kerjasama Dinas Kesehatan dengan pihak swasta untuk memperoleh dukungan dana belum optimal dilakukan.
3. Data Badan KESBANGPOL sekitar 16 (enambelas) LSM belum dilibatkan dalam penanggulangan TB paru. Keberhasilan CDR lebih dari 70 % tidak menggambarkan

masyarakat dan LSM terlibat dalam penemuan kasus TB Paru. Penyebab paling utama adalah petugas kesehatan belum memahami pentingnya peran mobilisasi sosial dan manfaat keterlibatan masyarakat, LSM serta komunitas khusus dalam penanggulangan TB. Tidak ada forum komunikasi yang melibatkan semua lintas sektoral. Sebagai Kabupaten baru Pemerintah Daerah fokus menyelesaikan masalah internal. Perumusan pedoman layanan TB yang terintegrasi dengan masyarakat, sosialisasi piagam hak dan kewajiban pasien dan pembentukan pos TB desa belum dilaksanakan.

Peneliti memberikan beberapa saran antara lain:

1. Perlunya dilaksanakan sosialisasi dan pelatihan khusus kepada tenaga kesehatan (Kepala Puskesmas, dokter, Wasor TB, pemegang program TB) tentang Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial (AKMS) TB
2. Perlu penelitian mendalam tentang tingkat pengetahuan petugas kesehatan terhadap seluruh program TB.
3. Perlu penelitian yang mendalam tentang *Passive Promotive Case Finding* dan *public private mix* dalam pengendalian TB.

Daftar Pustaka

1. Administrator. 2016. Pembangunan Muratara Jangka Pendek Fokus Pada Infrastruktur Jalan, Listrik Dan Air Bersih. Sumber: Berita muratara diakses dari <http://muratarakab.go.id> tanggal 3 Agustus 2016.
2. Administrator. 2016. Penderita Penyakit TB di Muratara Memprihatinkan. Sumber: Berita muratara diakses dari <http://muratarakab.go.id> tanggal 3 Agustus 2016.
3. Administrator. 2016. Profil Organisasi *Community TB Care Aisyiyah*. Diakses dari <http://www.tbcaresaisyiah.org/tentang-kami/profil-organisasi/> tanggal 22 Oktober 2016.
4. Afrizal, 2014. Metode Penelitian Kualitatif. Jakarta : PT Rajawali Press/Raja Grafindo Persada.
5. Aprilia, Ria. 2012. Advokasi dan Komunikasi Kader TB Terhadap Penderita TB di Kecamatan Tallo Kota Makassar. Skripsi, FKM Unhas. Makassar.
6. Amiruddin. F, Ibnu. Indra F, Rahman. MA. 2013. Implementasi Strategi Akms Dalam Penanggulangan Tb Paru Oleh 'Aisyiyah Muhammadiyah Di Kota Makassar. Jurnal FKM Unhas Makassar
7. Budiman, Hary. 2012. Analisis Pelaksanaan Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial dalam Pengendalian Tuberkulosis di Dinas Kesehatan Kota Padang Tahun 2011. Jurnal. Pasca Sarjana Universitas Andalas.
8. Burugina, S., Bansal, A.K., Madhava, S. & Menezes, R.G. 2015, "Has India's TB programme undermined TB advocacy?", *Perspectives in Public Health*, vol. 135, no. 6, pp. 288-289.
9. Dinas Kesehatan Prop SumSel. 2012. Profil Kesehatan Propinsi Sumatera Selatan. Palembang.
10. Dinas Kesehatan Kab Muratara. 2015. *Laporan Tahunan Dinas Kesehatan*. Muara Rupit
11. Elkington, P. & Zumla, A. 2015, "Update in Mycobacterium tuberculosis Lung Disease 2014", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 192, no. 7, pp. 793-798.
12. Floyd, K. & Pantoja, A. 2008, "Financial resources required for tuberculosis control to achieve global targets set for 2015", *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, no. 7, pp. 568-76.
13. Haq, Z., Khan, W. & Seita, A. 2012, "Promoting public-private mix for TB-DOTS: a multi-country study from the WHO Eastern Mediterranean Region/Promotion d'un partenariat public-privé pour le traitement de la tuberculose de brève durée sous observation directe (DOTS) : une étude multipays dans la Région OMS de la Méditerranée

- orientale", *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 18, no. 5, pp. 410-416
14. Kadir, Abd. 2010. Peranan Komunikasi Melalui Penyuluhan Terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Masyarakat dalam Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Pinrang. Tesis, Pasca Sarjana Unhas. Makassar.
 15. Kamineni, Vishnu V, Turk T, Wilson N, Satyanarayana S, Chauhan LS. 2011. A rapid Assessment and Response Approach to Review and Enhance Advocacy, Communication and Social Mobilisation for Tuberculosis Control in Odisha state, India. Artikel Penelitian. BMC Public Health
 16. Kementerian Kesehatan R.I, 2014. Buku Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta : DirJen PP&PL, Hal 1 – 12.
 17. Kementerian Kesehatan RI, 2011. Rencana Aksi Nasional Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial 2011 – 2014. Jakarta : DirJen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Hal 1 – 20.
 18. Kementerian Kesehatan RI, 2011. PER MEN KES RI NO 11 TAHUN 2015 TENTANG Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan. Diakses dari [http://http://hukor.kemkes.go.id](http://hukor.kemkes.go.id) tanggal 27 Juli 2016
 19. Kementerian Kesehatan R.I, 2010. Rencana Operasional dalam Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan
 20. Kementerian Kesehatan R.I, 2010. Strategi Nasional Pengendalian TB 2010-2014. Jakarta: DirJen PP&PL.
 21. Kementerian Kesehatan RI, 2010. Petunjuk Teknis Pengembangan dan Penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa (POSKESDES). Jakarta : PusKom Publik KemenKes.
 22. Paul, S., Akter, R., Aftab, A., Khan, A.M., Barua, M., Islam, S., Islam, A., Husain, A. & Sarker, M. 2015, "Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis: mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh", *BMC Public Health*, vol. 15.
 23. Puskesmas Muara Rupit. 2014. Laporan Evaluasi Kinerja Puskesmas Muara Rupit. Muara Rupit.
 24. RYE.Awusi,Djam'an.SY, Hadiwijoyo.Y.2009. Faktor-faktor yang mempengaruhi penemuan Penderita tb paru di Kota Palu Propinsi Sulawesi Tengah. Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat. Palu Sulawesi Tengah.
 25. Sugiyono, 2014. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung : Alfabeta, Hal 205 – 277.
 26. Turk, T., Newton, F.J., Netwon, J.D., Naureen, F. & Bokhari, J. 2013, "Evaluating the efficacy of tuberculosis Advocacy, Communication and Social Mobilization (ACSM) activities in Pakistan: a cross-sectional study", *BMC Public Health*, vol. 13, pp. 887.
 27. Usman, Nurdin. (2002). Konteks Implementasi Berbasis Kurikulum. Jakarta:PT. Raja Grafindo Persada.
 28. WHO and Stop TB Partnership, 2007. Advocacy, communication, and social mobilization (ACSM) for tuberculosis control. A Handbook for country programmes.
 29. Yayasan Spritia. Piagam hak dan kewajiban pasien TB di Indonesia. Diakses dari <http://spritia.or.id/> Tanggal 28 Juli 2016.